



COMUNE DI VIGONOVO

CITTA' METROPOLITANA DI VENEZIA

MODULO PER RICHIESTA PAGAMENTO RETTA MENSILE IN CASO DI ASSENZA CONTINUATIVA.

Al Comune di Vigonovo

AUTOCERTIFICAZIONE

Il/La sottoscritto/a,
nato/a a, il,
residente nel Comune di,
Via....., n.,
a conoscenza del disposto dell'art. 76 (sanzioni penali) del D.P.R. 28 dicembre
2000, n. 445, e consapevole delle conseguenze in caso di dichiarazione non
veritiera, tra cui la decadenza dai benefici eventualmente conseguiti, e sotto la
propria personale responsabilità;

DICHIARA

che il/la figlio/a
nato/a a, il,
frequentante la scuola maternaa.s.....
è rimasto/a assente per un periodo continuativo dalal.....
a causa di malattia.

Dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 10 della legge
675/96 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti
informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente
dichiarazione viene resa.

....., li.....

IL/LA DICHIARANTE

.....

Si allega:

- **certificato medico attestante la malattia per il periodo indicato;**
- **fotocopia non autenticata di un documento di identità del dichiarante.**